

事務長	担当

## 肺炎球菌ワクチン接種補助申請書

記号番号 (第二種組合員は記入不要)	医 ー	医 ー
接種者氏名		
生年月日	昭和 年 月 日	昭和 年 月 日
接種年月日	年 月 日	年 月 日
接種医療機関名		
接種料金		
補助金請求額	※補助額の上限は 6,000 円です。 円	※補助額の上限は 6,000 円です。 円

補助金請求合計額 円

上記のとおり補助金を申請します。

京都府医師国民健康保険組合 理事長 様

年 月 日

(准)組合員氏名

### 【補助金振込口座】

銀行 普通

信用金庫 支店 当座 口座番号

フリガナ

口座名義人

### 【注意事項等】

1. 領収書（原本）を必ずご提出ください。ただし、自家接種の場合は不要です。
2. 接種日において 65 歳以上の被保険者（第二種組合員を含む。）が接種補助対象者です。ただし、補助を受けられるのは、生涯を通じて 1 回限りです。
3. 国の定める定期接種対象者の方は、お住まいの市町村の定める接種料金を限度として補助します。
4. 請求は、接種後速やかをお願いします。